

医療費等の申請に関するご案内

資料目次

■ はじめに（2つの助成制度の概要）	1
■ 申請書類の選び方	2
■ 1. 保健医療助成費の申請	3
・ 各居住国通貨における保健医療助成費の支給上限額一覧	
・ 対象者	
・ 対象となる医療費	
・ 提出期限	
・ 申請手続	
■ 2. 法律に基づく医療費の申請	6
・ 対象者	
・ 対象となる医療費	
・ 申請手続	
・ その他	
・ 在外被爆者への医療費支給について【計算方法】	

<申請様式等>

○保健医療助成費（保険料）の申請手続	<黄色書類>
○保健医療助成費（医療費）の申請手続	<青色書類>
○法律に基づく医療費の申請手続	<桃色書類>

このご案内は、厚生労働省ホームページからもダウンロードできます。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/kenkou/genbaku/genbaku02/index.html

QRコード



医療費等の申請に関するご案内

はじめに

2025 年 8 月
厚生労働省
広島県

このお知らせは、ブラジル、アルゼンチン、パラグアイ、ボリビア、ウルグアイ
にお住まいの方々へのものです。

日本国外に居住する方の（居住国での）医療費等の自己負担分について、次の 2 つの助成制度がありますので、その申請手続きをご案内します。

年間の自己負担分が

- ・ 30 万円以下の方は「1. 保健医療助成費」をご利用ください。
- ・ 30 万円を超える場合は「2. 法律※に基づく医療費」として申請してください。

※被爆者援護法

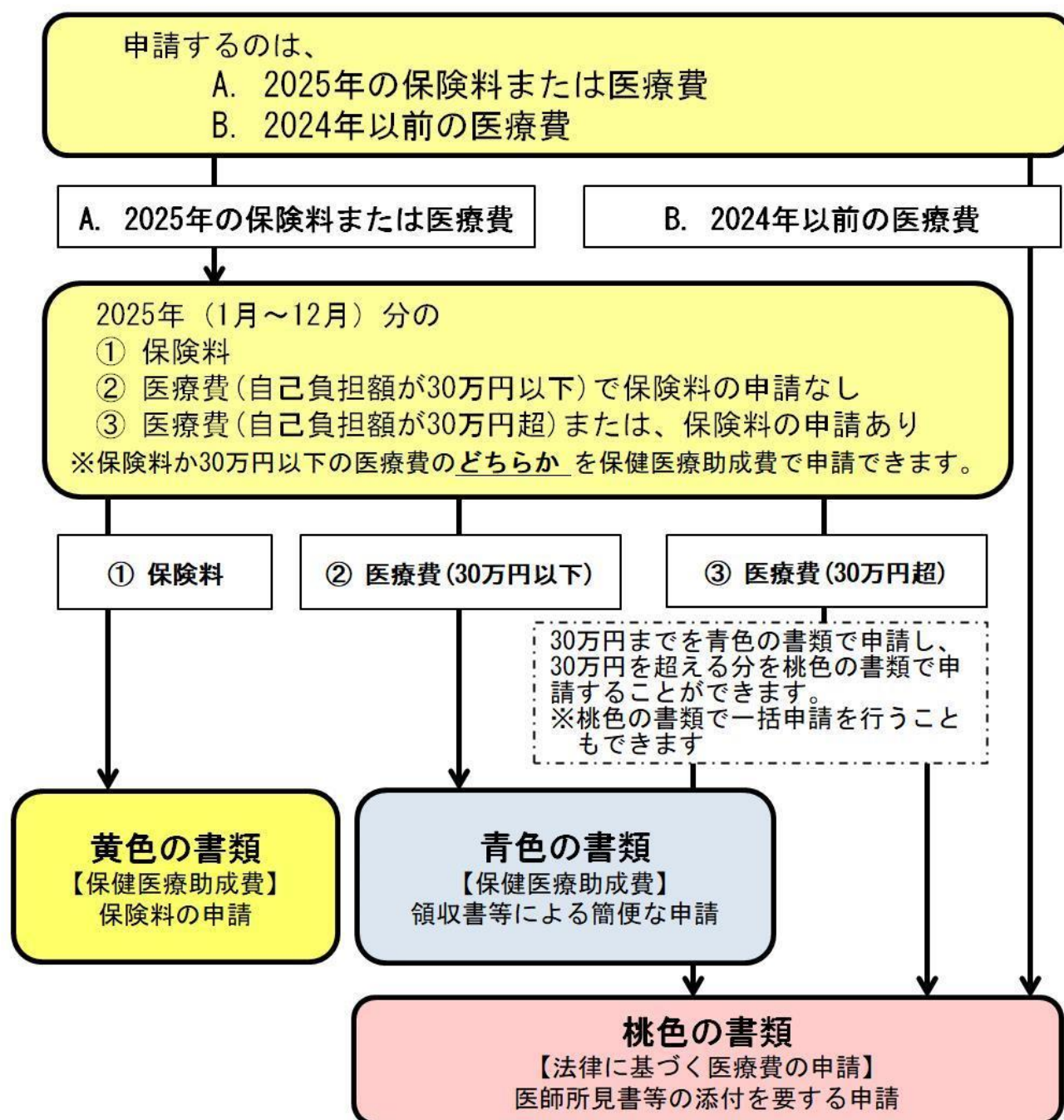
- ◎30 万円までの医療費を「1. 保健医療助成費」として、30 万円を超えた分を「2. 法律に基づく医療費」として申請することもできます。

【概要】

	1.保健医療助成費 (自己負担が 30 万円以下)	2.法律に基づく医療費 (自己負担が 30 万円超)
必要書類等	領収書を添付する簡便な申請	医師所見書等の添付を要する申請
	○ 申請書 ○ 領収書(発行元や明細のわかるもの) ○ 振込先口座確認書類 (VOID CHECK または通帳の写し) ○ 被爆者健康手帳の写し	○ 申請書 ○ 領収書(発行元や明細のわかるもの) ○ 振込先口座確認書類 ※VOID CHECK または通帳の写し ○ 被爆者健康手帳の写し ○ 医師所見書等、医療機関や薬局で発行 される病名や治療内容の詳細が分かるもの
	保険料:黄色の書類をご参照ください。 医療費:青色の書類をご参照ください。	詳細は桃色の書類をご参照ください。
提出先	日本公衆衛生協会	
期限	2026 年 1 月中旬	—
限度額等	年間支給上限額 30 万円まで	日本の診療報酬の例により算定した額が 支給限度額となります。
備考	提出期限内で、何度でも申請できます。	審査にかなりの時間を要します。 ※1年以上かかる場合もあります

※申請書について、申請年月日および署名の記入漏れがないようお願いいたします

【申請書類の選び方】



- ◎桃色の書類による申請は、30万円を超えていなくても行うことができますが、審査にかなりの時間を要します。
◎美容目的の施術など、本制度の対象外となる場合もあります。

ご不明な点は、日本公衆衛生協会までお問い合わせください。
TEL:+81-3-3352-4285 E-mail:zaigai@jpha.or.jp

1. 保健医療助成費の申請

領収書等による簡便な手続で、年間 30 万円を支給上限額*とし、保健医療助成費の支給を受けることができます。

*各居住国の通貨に換算した支給上限額を以下の表でお示しします。2025 年 1 月～12 月までの 1 年間に支払った医療費については、表中「保健医療助成費の支給上限額」の範囲内において、保健医療助成費の申請を行うことができます。

支給額の決定は、居住国通貨で行います。支払の際、受け取る通貨によって、金額は為替レートの影響を受けます。円口座でお受け取りになる場合も、円での支給額の上限が、ご案内に記載の「30 万円」から変動しますので、ご了承ください。

保健医療助成費の支給上限額一覧		
国または地域	通貨単位	保健医療助成費の 支給上限額
アルゼンチン共和国	アルゼンチン・ペソ	2, 000, 000 ARS
オーストラリア連邦	オーストラリア・ドル	3, 126 AUD
ボリビア多民族国	ボリビア・ノ	12, 971 BOB
ブラジル連邦共和国	レアル	10, 601 BRL
カナダ	カナダ・ドル	2, 838 CAD
中華人民共和国	人民元	14, 334 CNY
EU	ユーロ	1, 834 EUR
インドネシア共和国	ルピア	29, 411, 765 IDR
メキシコ合衆国	ニューペソ	36, 015 MXN
フィリピン共和国	フィリピン・ペソ	108, 696 PHP
シンガポール共和国	シンガポール・ドル	2, 669 SGD
スウェーデン王国	スウェーデン・クローナ	19, 557 SEK
スイス連邦	スイス・フラン	1, 760 CHF
台湾	ニュー台湾ドル	64, 795 TWD
タイ王国	バーツ	66, 667 THB
英国	UK ポンド	1, 518 GBP
アメリカ合衆国	アメリカ合衆国ドル	1, 989 USD
ウルグアイ東方共和国	ウルグアイ・ペソ	84, 746 UYU
ベトナム社会民主主義共和国	ドン	48, 387, 097 VND

※2025 年 4 月当初のレートに準拠

(1) 対象者

- 被爆者健康手帳又は被爆時状況確認証の交付を受けた在外被爆者で、居住国の医療機関で必要な医療を受けた場合の医療費または保険料について助成を希望される方のうち、広島県又は長崎県が保健医療助成を支給することが適当であるとあらかじめ認めた方
- 上記対象者が死亡した場合、対象者に代わる遺族

(2) 対象となる医療費

現地医療機関において自己負担した費用について、年間 30 万円を上限（3 ページ*参照）に支給します。

○ 2025 年 1 月～12 月までの 1 年間に支払った

- ・ 保険料または医師の診察およびその指示・処方に基づいて支払った医療費
- ・ 健康診断費用

次の費用は原則として助成の対象にはなりませんが、医師の指示書がある場合には、対象となることがあります。

- ・ 市販薬や自己判断で購入した薬品
- ・ ヨガ、指圧、鍼治療、理学療法、カウンセリング、マッサージ等

(3) 提出期限

申請書の最終提出期限は、2026 年 1 月中旬です。申請のお忘れがないよう、ご注意ください。

なお、最終提出期限までは、申請金額の合計が年間支給上限額 30 万円に到達するまで、何度でも申請できます。受付した申請順に審査をしますが、審査のための時間が必要となりますので、申請から振り込みまでに一定の期間がかかります。あらかじめご了承ください。

(4) 申請手続

保険料の申請：黄色の書類を参照のうえご提出ください。

医療費の申請：青色の書類を参照のうえご提出ください。

(5) 法律に基づく医療費との併用申請について

- ・ 保健医療助成で保険料の申請を行った方が、医療費の自己負担が生じた場合は、6 ページでご案内する法律に基づく医療費の申請を行うことができます。
- ・ 保健医療助成で医療費の申請を行った方が、医療費の自己負担のうち年間支給上限額 30 万円（3 ページ＊参照）を超えた額についても、法律に基づく医療費の申請を行うことができます。

2. 法律に基づく医療費の申請

「1. 保健医療助成費」申請の年間支給上限額 30 万円（3 ページ*参照）を超えた自己負担分は、被爆者援護法に基づく医療費の申請を行うことができます。

(1) 対象者

- 保健医療助成で保険料の支給を受けた方
- 保健医療助成の年間支給上限額 30 万円を超過して自己負担が生じた方
- 対象者が死亡した場合、対象者に代わる遺族

(2) 対象となる医療費

自己負担した医療費

※ただし、次の医療費は支給の対象とすることができません。

- ① 日本の公的医療保険では診療行為として認められていないもの
- ② 先進医療など、日本の公的医療保険では保険対象となっていないもの
- ③ 保健医療助成費で助成を受けるもの
- ④ 保険料 等

【日本の公的医療保険で対象にならない主な例】

- 診療行為として認められていないもの
 - ・ 入院時の差額室料
 - ・ 病衣代、おむつ代
 - ・ 文書料、証明書発行手数料
 - ・ 介護施設費、介護費用および介護入居費の頭金
 - ・ 老人ホームの入居費
- 給付対象となっていない診療行為や補装具など
 - ・ インプラント治療費
 - ・ 駐車場代
 - ・ 治療行為を伴わない搬送代
 - ・ 処方箋によらない薬剤やサプリメント代
 - ・ 治療目的ではない健康診断費用
 - ・ 予防接種
 - ・ 先進医療
 - ・ 人工肛門の袋、人口膀胱の袋代
 - ・ メガネや補聴器、歩行器や車いすなどの補装具
 - ・ 美容目的の施術 等

*ポーセレン、ジルコニア、セラミックなどを用いた治療費は、日本での保険材料に置き換えての算定になります。

(3) 申請手続

桃色の書類を参照のうえご提出ください。

(4) その他

- 法律に基づく医療費の申請は、30 万円の年間支給上限額を超過していなくても行うことができます。

- 以下の期間について、必要な書類を添付して法律に基づく医療費の申請をいただければ、審査の上で自己負担した医療費をお支払いできる場合があります。
 - ・ 2004 年以降で保健医療助成費の支給を受けていない期間
 - ・ 被爆者健康手帳を取得してから 2003 年までの期間

法律に基づく医療費の算出方法

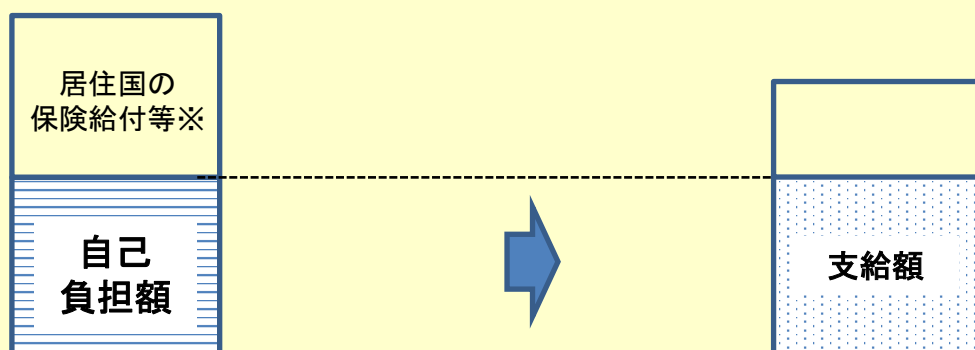
①居住国の医療の内容が日本の医療の内容に近く、日本の診療報酬に換算した額が自己負担額を上回る場合

⇒ **自己負担額を全額支給**

※日本の診療報酬に換算しても、その額が自己負担額を上回るため、自己負担額と同額を支給

(居住国の医療費)

(日本の診療報酬に換算)



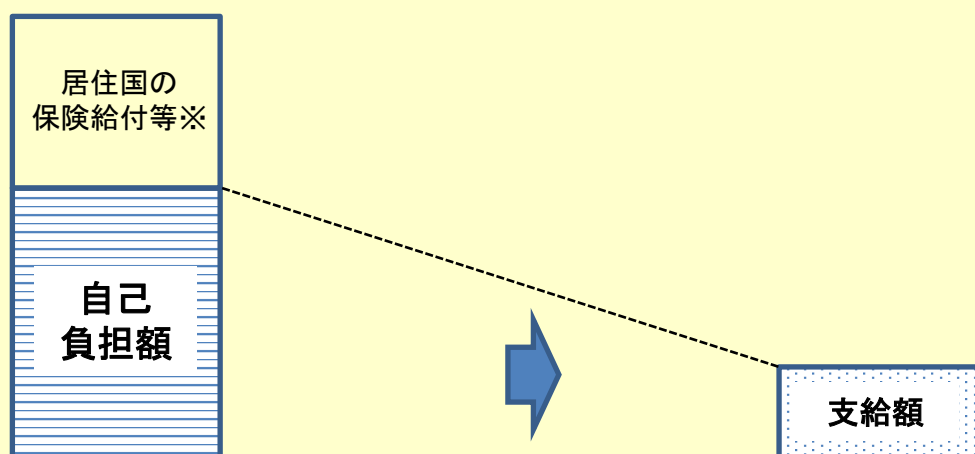
②居住国の医療の内容が日本の医療の内容より相当高額の場合

⇒ **自己負担額の一部を支給**

※自己負担額が支給額を上回る場合、日本の診療報酬に換算した額を全額支給

(居住国の医療費)

(日本の診療報酬に換算)



※公的保険給付、民間保険給付、その他当該医療に対する給付を含む。

保健医療助成費(保険料)の申請手続 領収書等による簡便な申請

◆次の1～6の書類を必ず提出してください。

チェック	番号	提出書類
<input type="checkbox"/>	1	保健医療助成費支給申請書兼受給対象確認申請書（様式第1号）
<input type="checkbox"/>	2	振込先口座確認書類（通帳の写しや小切手等）
<input type="checkbox"/>	3	保健医療助成費支給申請内訳 毎月払いの場合：様式第1号の2 毎月払い以外の場合：様式第1号の3
<input type="checkbox"/>	4	次の4点が確認できる保険料の領収書 ①支払った金額 ②保険料を支払った者の氏名（申請者本人の氏名と同一であること） 申請者以外の保険料等が含まれた領収書の場合は、本人分がわかるように本人分のみに下線を引いてください。 ③保険会社の名称、所在地、電話番号 ④支払い年月日
<input type="checkbox"/>	5	保険の契約書の写し ※保険により保障を受けることができる期間に、2025年1月から12月までの間が含まれている医療保険です。
<input type="checkbox"/>	6	被爆者健康手帳、受給対象確認通知書、被爆時状況確認証 いずれかの写し

以下7、8の書類は必要に応じて、9～12の書類は亡くなられた被爆者の保険料をご遺族の方が申請される場合にご提出ください。

<input type="checkbox"/>	7	本人確認書類 ※各種手当（健康管理手当、保健手当、医療特別手当又は特別手当）を受給されていない方は、申請日前1か月以内に発行された以下のいずれか1点をご提出ください。 ・戸籍謄本・抄本・公証人による証明書（Notary public） ・在留許可証・居住証明書等
<input type="checkbox"/>	8	確認内容変更届（様式第2号） ※保険料の申請時に、住所等の変更があった場合のみご提出ください。
<input type="checkbox"/>	9	支給申請書（死亡後申請用）（様式第3号） ※1の代わりに9を提出してください。 ※死亡年月日が確認できる書類（公的機関または病院で発行される死亡証明書）を添付してください。
<input type="checkbox"/>	10	死亡届（様式第4号） ※保険料の申請がある場合にのみご提出ください。
<input type="checkbox"/>	11	家族関係または財産相続権があることを証明できる書類
<input type="checkbox"/>	12	受取人の振込先口座の確認書類 （必ず死亡後申請者名義の口座としてください）

◆申請書の提出時期など

【最終提出期限：2026 年 1 月中旬】

最終提出期限までは、申請金額の合計が年間支給上限額 30 万円までは、何度でも申請を行うことができます。

受付した申請順に審査をしますが、審査のための時間が必要となりますので、申請から振り込みまでに一定の期間がかかります。あらかじめご了承ください。

【保健医療助成費（保険料） 申請書類提出先】

〒160-0022	<u>JAPAN</u>	〒160-0022	<u>JAPAN</u>
東京都新宿区新宿 1 丁目 29-8		東京都新宿区新宿 1 丁目 29-8	
一般財団法人日本公衆衛生協会		一般財団法人日本公衆衛生協会	
在外被爆者保健医療助成事業担当係 宛		在外被爆者保健医療助成事業担当係 宛	
電話	+81-3-3352-4285	電話	+81-3-3352-4285
ファックス	+81-3-3352-4605	ファックス	+81-3-3352-4605
電子メール	zaigai@jpha.or.jp	電子メール	zaigai@jpha.or.jp

点線から切り取って、送付時のラベルとしてご利用ください。

複数回申請することが見込まれる場合には、3 ページから 8 ページの様式をあらかじめ複写しておいて（用紙の色は白色で構いません。）利用していただくか、申請用紙の追加送付を上記の日本公衆衛生協会へご連絡ください。

郵送が難しい場合には、メールでも申請を受け付けます。以下のアドレスに送信してください。

zaigai@jpha.or.jp

※送り先の間違いにお気を付けください

様式第1号

保健医療助成費支給申請書兼受給対象確認申請書（保険料）

受給対象確認通知番号					—				
被爆者健康手帳番号（公費負担医療の受給者番号）									
フリガナ							性	別	
氏 名							年	月 日生	
居住国									
住 所									
電話番号									
E-mail									
ご本人以外で連絡の 取れる方の氏名							続柄		
電話番号※1									
E-mail※1									
振込口座 ※2	金融機関名								
	本(支)店名								
	本(支)店住所								
	口座番号								
	口座名義人								
	SWIFT/BICコード								
	IBANコード※3								
自己負担額	現地通貨 (単位)								

※1 ご本人と連絡が取れない場合のみ、こちらの連絡先を利用いたします。

※2 ・通帳の写し又は口座確認のできる書類を必ず添付してください。

・必ず申請者名義の口座としてください。

※3 南米または欧州地域にお住まいの方のみ記入してください。

上記のとおり、2025年分の保健医療助成費の支給を受けたく、関係書類を添えて申請いたします。

年 月 日

申請者氏名

※当該署名欄は必ず申請者ご自身が記入ください。

（代理で申請する場合）代理申請者氏名

代理申請者連絡先

※代理申請者連絡先は必ず連絡が取れる方の連絡先を記入ください。

広島県知事 様

保健医療助成費支給申請内訳（毎月払いの場合）

	金 額	摘 要
1 月		
2 月		
3 月		
4 月		
5 月		
6 月		
7 月		
8 月		
9 月		
10 月		
11 月		
12 月		
合 計		

（注1）各月の支出額に係る領収書等について、併せて提出してください。

（注2）領収書は次の4点の記載があるものでなければなりません。

- ① 支払った金額
- ② 保険料を支払った者の氏名（申請者本人の氏名と同一であること）
申請者以外の保険料等が含まれた領収書の場合は、本人分がわかるように
本人分のみに下線を引いてください
- ③ 保険会社または病院の名称、所在地、電話番号
- ④ 支払い年月日

（注3）金額は、居住国の通貨単位で記載してください。

○ 次の項目について、該当する記号に○をしてください。

- ・ 保険の加入形態について
ア、個人 イ、夫婦 ウ、家族（ 名） エ、その他（ 名）
- ・ 毎月の保険料の支払方法について
ア、個人で支払い イ、夫婦一括で支払い ウ、家族一括で支払い
エ、その他（ ）

支 給 申 請 内 訳（毎月払い以外の場合）

金 額	支払った保険料の保険期間
	年 月 ～ 年 月
	年 月 ～ 年 月
	年 月 ～ 年 月
	年 月 ～ 年 月
	年 月 ～ 年 月
	年 月 ～ 年 月

（注1）「支払った保険料の保険期間」とは、その保険料を支払ったことであなたが保険により保障を受けることができる期間のことです。何年何月から何年何月までの期間かを記載してください。

（注2）領収書は次の4点の記載があるものでなければなりません。

- ① 支払った金額
- ② 保険料を支払った者の氏名（申請者本人の氏名と同一であること）
申請者以外の保険料等が含まれた領収書の場合は、本人分がわかるように本人分のみに下線を引いてください。
- ③ 保険会社または病院の名称、所在地、電話番号
- ④ 支払い年月日

（注3）金額は、居住国の通貨単位で記載してください。

○ 下記の項目について、該当する記号に○をしてください。

・ 保険の加入形態について

ア、個人 イ、夫婦 ウ、家族（ 名） エ、その他（ 名）

・ 保険料の支払方法について

ア、個人で支払い イ、夫婦一括で支払い ウ、家族一括で支払い
エ、その他（ ）

確認内容変更届（氏名・住所・電話番号変更）

年 月 日

広島県知事 様

（変更後）住 所 _____

（変更後）氏 名 _____

※当該署名欄は必ず申請者ご自身が記入ください。

保険料の申請時、変更事項がある場合のみ提出が必要な様式です。
変更がある項目のみ記載してください。

受給対象確認通知番号				—				
氏 名	フリガナ							
	変更前の氏名							
	フリガナ							
	変更後の氏名							
住 所	変更前の住所							
	変更後の住所							
電 話 番 号	変更前の電話番号	(国番号から記入すること)						
	変更後の電話番号	(国番号から記入すること)						
変 更 年 月 日		年 月 日						

- ※ 変更の内容が確認できる書類及び本人であることを証明できる書類を添付してください。
- ※ 本届出は保健医療助成事業の申請のための届出であり、被爆者手帳の交付元の自治体に対しての手続は、別途行う必要があります。

保健医療助成費支給申請書（保険料）（死亡後申請用）

1. 申請する被爆者についての情報を記載してください。

受給対象確認通知番号				—				
フリガナ		年 月 日生						性 別
氏 名								
住 所								

2. 申請者について記載してください。

フリガナ			被 爆 者 との続柄	
氏 名				
居 住 国				
住 所				
電話番号	(国番号から記載すること)			
E-mail				
振込口座 ※1	金融機関名			
	本(支)店名			
	本(支)店住所			
	口座番号			
	口座名義人			
	SWIFT/BIC コード			
	IBAN コード※2			
申請額	現地通貨 (単位)			

申請者は、死亡した被爆者の相続人であることを証明できる書類と死亡証明書を必ず添付してください。

- ※1 ・通帳の写し又は口座確認のできる書類を必ず添付してください。
 ・必ず申請者名義の口座としてください。

※2 南米または欧州地域にお住まいの方のみ記入してください。

上記のとおり、死亡者_____に対する 2025 年分の保健医療助成費の支給を受けたく、関係書類を添えて申請いたします。

万が一、受領後に当該保健医療助成費に関して争議が生じた場合、広島県知事に責任を問わないことはもちろん、私が一切の責任を負うことを誓います。

_____ 年 月 日

申請者氏名

※当該署名欄は必ず申請者ご自身が記入ください。

広島県知事 様

死 亡 届

年 月 日

広島県知事様

下記のとおり死亡の届出を、関係書類を添えて届け出ます。

フリガナ		被爆者 との続柄	
氏 名			
居住国			
住 所			
電話番号	(国番号から記載のこと)		

死 亡 し た 者	受給対象確認通知番号				—					
	フリガナ									
	氏 名									
	死亡の際の 住 所									
	死亡年月日									

- ※ 保険料申請をされる場合にのみ、ご提出ください。
- ※ 本届出は保健医療助成事業の申請のための届出であり、被爆者手帳の交付元の自治体に対しての手続は、別途行う必要があります。

保健医療助成費(医療費)の申請手続 領収書等による簡便な申請

◆次の1～5の書類を必ず提出してください。

チェック	番号	提出書類
<input type="checkbox"/>	1	保健医療助成費支給申請書兼受給対象確認申請書(様式第5号)
<input type="checkbox"/>	2	振込先口座確認書類(通帳の写しや小切手等)
<input type="checkbox"/>	3	保健医療助成費支給申請内訳(様式第5号の2)
<input type="checkbox"/>	4	<p>次の4点が確認できる領収書等の書類</p> <p>①支払った金額</p> <p>②医療を受けた者の氏名(申請者本人の氏名と同一であること) 申請者以外の医療費等が含まれた領収書の場合は、本人分がわかるように本人分のみに下線を引いてください。</p> <p>③医療機関の名称、所在地、電話番号 ※ 必要に応じて以下の書類も添付してください。 ・医師の処方により薬局で薬を購入した場合: 処方箋、指示書 ・民間保険給付を受けた場合: 保険給付等の証明書</p> <p>④支払い年月日</p>
<input type="checkbox"/>	5	被爆者健康手帳、受給対象確認通知書、被爆時状況確認証いずれかの写し

以下6、7の書類は必要に応じて、8～11の書類は亡くなられた被爆者の医療費をご遺族の方が申請される場合にご提出ください。

<input type="checkbox"/>	6	<p>本人確認書類</p> <p>※各種手当(健康管理手当、保健手当、医療特別手当又は特別手当)を受給されていない方は、申請日前1か月以内に発行された以下のいずれか1点をご提出ください。</p> <p>・戸籍謄本・抄本・公証人による証明書(Notary public)</p> <p>・在留許可証・居住証明書等</p>
<input type="checkbox"/>	7	<p>確認内容変更届(様式第6号)</p> <p>※ 医療費の申請時に、住所等の変更があった場合のみご提出ください。</p>
<input type="checkbox"/>	8	<p>保健医療助成費支給申請書(死亡後申請用) (様式第7号) ※ 1の代わりに8をご提出ください。</p> <p>※ 死亡年月日が確認できる書類(公的機関または病院で発行された死亡証明書)を添付してください。</p>
<input type="checkbox"/>	9	<p>死亡届(様式第8号)</p> <p>※ 医療費の申請がある場合にのみご提出ください。</p>
<input type="checkbox"/>	10	家族関係または財産相続権があることを証明できる書類
<input type="checkbox"/>	11	<p>受取人の振込先口座の確認書類 (必ず死亡後申請者名義の口座としてください)</p>

◆申請書の提出時期など

【最終提出期限：2026 年 1 月中旬】

最終提出期限までは、申請金額の合計が年間支給上限額 30 万円に到達するまでは、何度でも申請を行うことができます。

受付した申請順に審査をしますが、審査のための時間が必要となりますので、申請から振り込みまでに一定の期間がかかります。あらかじめご了承ください。

【保健医療助成費（医療費）申請書類提出先】

〒160-0022	<u>JAPAN</u>	〒160-0022	<u>JAPAN</u>
東京都新宿区新宿 1 丁目 29-8		東京都新宿区新宿 1 丁目 29-8	
一般財団法人日本公衆衛生協会		一般財団法人日本公衆衛生協会	
在外被爆者保健医療助成事業担当係 宛		在外被爆者保健医療助成事業担当係 宛	
電話	+81-3-3352-4285	電話	+81-3-3352-4285
ファックス	+81-3-3352-4605	ファックス	+81-3-3352-4605
電子メール	zaigai@jpha.or.jp	電子メール	zaigai@jpha.or.jp

点線から切り取って、送付時のラベルとしてご利用ください。

複数回申請することが見込まれる場合には、3 ページから 7 ページの様式をあらかじめ複写しておいて（用紙の色は白色で構いません。）利用していただくか、申請用紙の追加送付を上記の日本公衆衛生協会へご連絡ください。

郵送が難しい場合には、メールでも申請を受け付けます。以下のアドレスに送信してください。

zaigai@jpha.or.jp

※送り先の間違いにお気を付けください

様式第 5 号

保健医療助成費支給申請書兼受給対象確認申請書（医療費）

受給対象確認通知番号				—				
被爆者健康手帳番号（公費負担医療の受給者番号）								
フリガナ		年 月 日生					性 別	
氏 名								
居住国								
住 所								
電話番号								
E-mail								
ご本人以外で連絡の 取れる方の氏名							続柄	
電話番号※1								
E-mail※1								
振込口座 ※2	金融機関名							
	本（支）店名							
	本（支）店住所							
	口座番号							
	口座名義人							
	SWIFT/BIC コード							
IBAN コード※3								
自己負担額		現地通貨						（単位）

※1 ご本人と連絡が取れない場合のみ、こちらの連絡先を利用いたします。

※2 ・通帳の写し又は口座確認のできる書類を必ず添付してください。

・必ず申請者名義の口座としてください。

※3 南米または欧州地域にお住まいの方のみ記入してください。

上記のとおり、2025 年分の保健医療助成費の支給を受けたく、関係書類を添えて申請いたします。

年 月 日

申請者氏名

※当該署名欄は必ず申請者ご自身が記入ください。

（代理で申請する場合）代理申請者氏名

代理申請者連絡先

※代理申請者連絡先は必ず連絡が取れる方の連絡先を記入ください。

広島県知事 様

保健医療助成費支給申請内訳

	金 額	摘 要（入院があった場合、病院名を記載）
1 月		
2 月		
3 月		
4 月		
5 月		
6 月		
7 月		
8 月		
9 月		
10 月		
11 月		
12 月		
合 計		

（注 1）各月の支出額に係る領収書等について、併せて提出してください。

（注 2）領収書は、次の 4 点の記載があるものでなければなりません。

- ① 支払った金額
- ② 支払った者の氏名（申請者本人の氏名と同一であること）
- ③ 医療機関の名称、所在地、電話番号
- ④ 支払い年月日

（注 3）金額は、居住国の通貨単位で記載してください。

確認内容変更届（氏名・住所・電話番号変更）

年 月 日

広島県知事 様

（変更後）住 所 _____

（変更後）氏 名 _____

※当該署名欄は必ず申請者ご自身が記入ください。

医療費の申請時、変更事項がある場合のみ提出が必要な様式です。
変更がある項目のみ記載してください。

受給対象確認通知番号				—				
氏 名	フリガナ							
	変更前の氏名							
	フリガナ							
	変更後の氏名							
住 所	変更前の住所							
	変更後の住所							
電 話 番 号	変更前の電話番号	(国番号から記入すること)						
	変更後の電話番号	(国番号から記入すること)						
変 更 年 月 日		年 月 日						

- ※ 変更の内容が確認できる書類及び本人であることを証明できる書類を添付してください。
- ※ 本届出は保健医療助成事業の申請のための届出であり、被爆者手帳の交付元の自治体に対しての手続きは、別途行う必要があります。

保健医療助成費支給申請書（医療費）（死亡後申請用）

1. 申請する被爆者についての情報を記載してください。

受給対象確認通知番号				—				
フリガナ		年 月 日生						性 別
氏 名								
住 所								

2. 申請者について記載してください。

フリガナ			被 爆 者 との続柄	
氏 名				
居 住 国				
住 所				
電話番号	(国番号から記載すること)			
E-mail				
振込口座 ※1	金融機関名			
	本(支)店名			
	本(支)店住所			
	口座番号			
	口座名義人			
	SWIFT/BIC コード			
	IBAN コード※2			
申請額	現地通貨			(単位)

申請者は、死亡した被爆者の相続人であることを証明できる書類と死亡証明書を必ず添付してください。

- ※1 ・通帳の写し又は口座確認のできる書類を必ず添付してください。
・必ず申請者名義の口座としてください。

- ※2 南米または欧州地域にお住まいの方のみ記入してください。

上記のとおり、死亡者_____に対する 2025 年分の保健医療助成費の支給を受けたく、関係書類を添えて申請いたします。

万が一、受領後に当該保健医療助成費に関して争議が生じた場合、広島県知事に責任を問わないことはもちろん、私が一切の責任を負うことを誓います。

_____ 年 月 日

申請者氏名

※当該署名欄は必ず申請者ご自身が記入ください。

広島県知事 様

死 亡 届

年 月 日

広島県知事様

下記のとおり死亡の届出を、関係書類を添えて届け出ます。

フリガナ		被爆者 との続柄	
氏名			
居住国			
住所			
電話番号	(国番号から記載のこと)		

死 亡 し た 者	受給対象確認通知番号				—					
	フリガナ									
	氏名									
	死亡の際の 住所									
	死亡年月日									

- ※ 医療費申請をされる場合にのみ、ご提出ください。
- ※ 本届出は保健医療助成事業の申請のための届出であり、被爆者手帳の交付元の自治体に対しての手続は、別途行う必要があります。
- ※ 死亡後申請をされる場合にのみ、ご提出ください。

法律に基づく医療費の申請手続 30 万円を超えた場合等の申請

◆次の 1～5 の書類を必ず提出してください。

チェック	番号	提出書類
<input type="checkbox"/>	1	医療費・一般疾病医療費支給申請書兼受給対象確認申請書（様式第 9 号）
<input type="checkbox"/>	2	振込先口座確認書類（通帳の写しや小切手等）
<input type="checkbox"/>	3	<p>次の 4 点が確認できる領収書等の書類</p> <p>①支払った金額</p> <p>②医療を受けた者の氏名（申請者本人の氏名と同一であること） 申請者以外の医療費等が含まれた領収書の場合は、本人分がわかるように本人分のみに下線を引いてください。</p> <p>③医療機関の名称、所在地、電話番号 ※ 必要に応じて以下の書類も添付してください。 ・医師の処方により薬局で薬を購入した場合：処方箋、指示書 ・民間保険給付を受けた場合：保険給付等の証明書</p> <p>④支払い年月日</p>
<input type="checkbox"/>	4	治療内容、病名などが分かる医師所見書等の書類
<input type="checkbox"/>	5	被爆者健康手帳の写し

以下 6～8 の書類は必要に応じて、9～12 の書類は亡くなられた被爆者の医療費をご遺族の方が申請される場合にのみご提出ください。

<input type="checkbox"/>	6	<p>原爆症認定書の写し</p> <p>※ 医療特別手当を受給している場合のみご提出ください。</p>
<input type="checkbox"/>	7	<p>本人確認書類</p> <p>※各種手当（健康管理手当、保健手当、医療特別手当又は特別手当）を受給されていない方は、申請日前 1 か月以内に発行された以下のいずれか 1 点を提出してください。</p> <p>・戸籍謄本・抄本・公証人による証明書（Notary public） ・在留許可証・居住証明書等</p>
<input type="checkbox"/>	8	<p>確認内容変更届（様式第 10 号）</p> <p>※ 医療費の申請時に、住所等の変更があった場合のみご提出ください。</p>
<input type="checkbox"/>	9	<p>支給申請書（死亡後申請用）（様式第 11 号）</p> <p>※ 1 の代わりに 9 を提出してください。 ※ 死亡年月日が確認できる書類（公的機関または病院で発行される死亡証明書）を添付してください。</p>
<input type="checkbox"/>	10	<p>死亡届（様式第 12 号）</p> <p>※ 医療費の申請がある場合にのみご提出ください。</p>
<input type="checkbox"/>	11	家族関係または財産相続権があることを証明できる書類
<input type="checkbox"/>	12	<p>受取人の振込先口座の確認書類 （必ず死亡後申請者名義の口座としてください）</p>


◆申請書の提出時期など

申請書が提出されたものから、順次、審査して支給します。


ただし、日本で同様の治療が行われた場合の費用を算定するため、審査にかなりの時間を要します。そのため、支給までに一定の期間がかかります。あらかじめご了承ください。

【法律に基づく医療費の申請書類提出先】

〒160-0022	<u>JAPAN</u>
東京都新宿区新宿 1 丁目 29-8	
一般財団法人日本公衆衛生協会	
在外被爆者保健医療助成事業担当係 宛	
電話	+81-3-3352-4285
ファックス	+81-3-3352-4605
電子メール	zaigai@jpha.or.jp



〒160-0022	<u>JAPAN</u>
東京都新宿区新宿 1 丁目 29-8	
一般財団法人日本公衆衛生協会	
在外被爆者保健医療助成事業担当係 宛	
電話	+81-3-3352-4285
ファックス	+81-3-3352-4605
電子メール	zaigai@jpha.or.jp



点線から切り取って、送付時のラベルとしてご利用ください。

複数回申請することが見込まれる場合には、3 ページから 6 ページの様式をあらかじめ複写しておいて（用紙の色は白色で構いません。）利用していただくか、申請用紙の追加送付を上記の日本公衆衛生協会へご連絡ください。

郵送が難しい場合には、メールでも申請を受け付けます。以下のアドレスに送信してください。

zaigai@jpha.or.jp

※送り先の間違いにお気を付けください

様式第 9 号

医療費・一般疾病医療費支給申請書兼受給対象確認申請書

受給対象確認通知番号				—				
被爆者健康手帳番号 (公費負担医療の受給者番号)								
フリガナ		年 月 日生					性 別	
氏 名								
居住国								
住 所								
電話番号								
E-mail								
ご本人以外で連絡の 取れる方の氏名							続柄	
電話番号※1								
E-mail※1								
振込口座 ※2	金融機関名							
	本(支)店名							
	本(支)店住所							
	口座番号							
	口座名義人							
	SWIFT/BIC コード							
	IBAN コード※3							
申請時点での原爆症認定の有無		有 ・ 無						
自己負担額	現地通貨 (単位)							

※1 ご本人と連絡が取れない場合にのみ、こちらの連絡先を利用いたします。

※2 ・通帳の写し又は口座確認のできる書類を必ず添付してください。

・必ず申請者名義の口座としてください。

※3 南米または欧州地域にお住まいの方のみ記入してください。

上記のとおり、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第 17 条（第 18 条）の規定により、医療費（一般疾病医療費）の支給を受けたく、関係書類を添えて申請いたします。また、支給される医療費（一般疾病医療費）の受領を、一般財団法人日本公衆衛生協会に委任します。

年 月 日

申請者氏名

※当該署名欄は必ず申請者ご自身が記入ください。

（代理で申請する場合）代理申請者氏名

代理申請者連絡先

※代理申請者連絡先は必ず連絡が取れる方の連絡先を記入ください。

広島県知事 様

確認内容変更届（氏名・住所・電話番号変更）

年 月 日

広島県知事 様

（変更後）住 所 _____

（変更後）氏 名 _____

※当該署名欄は必ず申請者ご自身が記入ください。

医療費の申請時、変更事項がある場合のみ提出が必要な様式です。
変更がある項目のみ記載してください。

受 給 対 象 確 認 通 知 番 号				—				
氏 名	フリガナ							
	変更前の氏名							
	フリガナ							
	変更後の氏名							
住 所	変更前の住所							
	変更後の住所							
電 話 番 号	変更前の電話番号	(国番号から記入すること)						
	変更後の電話番号	(国番号から記入すること)						
変 更 年 月 日		年 月 日						

- ※ 変更の内容が確認できる書類及び本人であることを証明できる書類を添付してください。
- ※ 本届出は「医療費(一般疾病医療費)」の申請のための届出であり、被爆者手帳の交付元の自治体に対しての手続きは、別途行う必要があります。

医療費・一般疾病医療費支給申請書（死亡後申請用）

1. 申請する被爆者についての情報を記載してください。

受給対象確認通知番号				—				
フリガナ		年 月 日生				性 別		
氏 名								
住 所								

2. 申請者について記載してください。

フリガナ			被 爆 者 との続柄	
氏 名				
居 住 国				
住 所				
電話番号	(国番号から記載すること)			
E-mail				
振込口座 ※1	金融機関名			
	本(支)店名			
	本(支)店住所			
	口座番号			
	口座名義人			
	SWIFT/BIC コード			
	IBAN コード※2			
自己負担額	現地通貨			(単位)

申請者は、死亡した被爆者の相続人であることを証明できる書類と死亡証明書を必ず添付してください。

※1 ・通帳の写し又は口座確認のできる書類を必ず添付してください。

・必ず申請者名義の口座としてください。

※2 南米または欧州地域にお住まいの方のみ記入してください。

上記のとおり、死亡した_____に対する、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第 17 条（第 18 条）の規定により、医療費（一般疾病医療費）の支給を受けたく、関係書類を添えて申請いたします。また、支給される医療費（一般疾病医療費）の受領を、一般財団法人日本公衆衛生協会に委任します。

万が一、受領後に当該医療費に関して争議が生じた場合、広島県知事に責任を問わないことはもちろん、私が一切の責任を負うことを誓います。

_____年 月 日

_____申請者氏名

※当該署名欄は必ず申請者ご自身が記入ください。

広島県知事 様

死 亡 届

年 月 日

広島県知事様

下記のとおり死亡の届出を、関係書類を添えて届け出ます。

フリガナ		被爆者 との続柄	
氏 名			
居住国			
住 所			
電話番号	(国番号から記載のこと)		

死 亡 し た 者	受給対象確認通知番号				—					
	フリガナ									
	氏 名									
	死亡の際の 住 所									
	死亡年月日									

※ 本届出は「医療費(一般疾病医療費)」の申請のための届出であり、被爆者手帳の交付元の自治体に対しての手続は、別途行う必要があります。

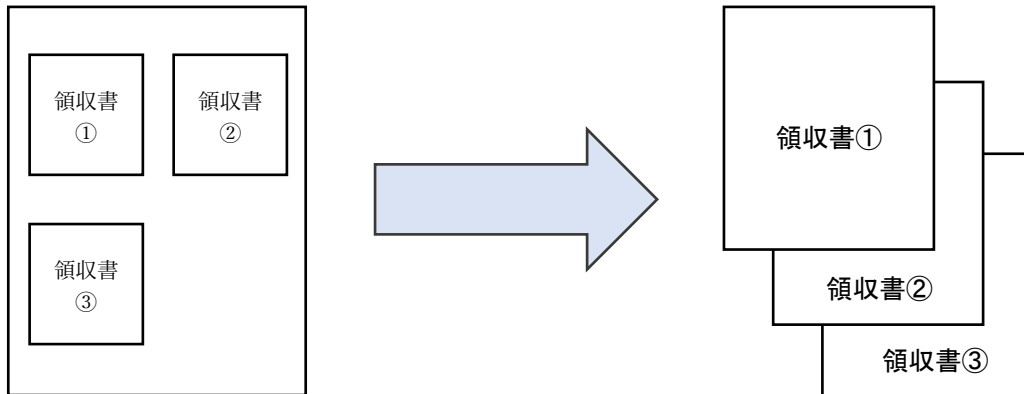
※ 死亡後申請をされる場合にのみ、ご提出ください。

【重要】領収書提出方法についてのお知らせ

1. 領収書の提出方法 <共通> 変更

【変更内容】

これまで、領収書の紛失防止のため、月ごとの領収書貼付台紙に領収書を貼付していただいていたおりましたが、2025 年から、この貼付台紙を廃止することになりました。今後は、領収書を貼付台紙に貼り付けず、そのままの状態で提出してください。



【提出方法】

- ◇ 領収書はそのままの状態でご提出ください。
- ◇ 糊付け・ホチキス止めは行わないでください。
- ◇ 整理が必要な場合は、クリップまたは剥がせるテープをご使用ください。
- ◇ 領収書は以下の 4 点が記載されたものに限りします。
 - ① 支払った金額
 - ② 医療を受けた方の氏名（または保険料を支払った者の氏名）
※他の方の費用が含まれる場合は、本人分の下線を引き明示してください。
 - ③ 医療機関（または保険会社）の名称、所在地、電話番号
 - ④ 支払年月日

2. 感熱紙の領収書への対応 <共通>

- ◇ 感熱紙は時間の経過により文字が消えやすいため、コピーまたはスキャンしたものを提出ください。
- ◇ コピーが困難な場合は、PDF 等でのメール提出も可能です。
- ◇ 文字が判読できない場合は、申請が無効となる場合がありますのでご注意ください。

3. 領収書について <法に基づく医療費の申請>

- ◇ 金額のみが記載された領収書では、申請内容を正確に算定できません。
- ◇ 以下のいずれかを必ずご提出ください

- ・ 医療行為や検査内容が明記された領収書
- ・ または、診療内容の明細が記載された別紙（明細書）

※検査結果の提出は不要です。必要なのは「どのような医療行為・検査を受けたか」がわかる明細です。記載が不明確な場合、算定できない場合があります。

申請手続きが円滑に進むよう、皆様のご理解とご協力をお願い申し上げます。

法に基づく申請を行う場合、以下に注意する必要があります。

◎必要な情報が記載された領収書の例◎

領収書	①ABC 病院
②John Smith	
③2025/5/27 診察料	④40 USD
2025/6/08 診察料 CT 血液検査	155USD

△不完全な領収書の例△

請求書	①ABC 病院	③2025/1/23
医療費として	④155 ドル（請求額）	

名前や詳細が無く、何をしたか分からない書類では算定できません。

まずは、名前を手書きで記入してください。

そして空白のスペースに治療内容を記入してください。

請求書の場合、追加で支払いの証明を添付してください。

請求書	①ABC 病院	③2025/1/23
医療費として	④155 ドル	
② John Smith 診察 CT 血液検査		

+

支払証明書類

『Amount Due』や『You Pay』は支払いの証明になりません。請求書を提出する際は、金額と一致する領収書（カード明細や小切手の写しなど）を必ず添付してください。『Amount Due: 0.00』『You Paid』と表示された領収書をご提出ください。